熊本高専熊本キャンパスインターンシップ受入についての回答票

**本科**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴社名

　　　　　　　（回答宛先）熊本高等専門学校　熊本キャンパス　学生課　インターンシップ担当

Email: internship@kumamoto-nct.ac.jp　 FAX: 096-242-5504

(該当するものに✔や■等の印をお付け下さい。)

■受入可能な場合は以下にご記入願います。

１．インターンシップ募集要項

□有り(回答送付時のメール・FAXに添付・郵送)

□有り(URL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

□無し(本回答票のみ)

２．募集内容

|  |  |
| --- | --- |
| 受 入 可 能 人 員 | □　 本校熊本キャンパス本科４年生から　　　　　名□　 全応募者の中から　合計　　　　名（選考を通過した場合のみ参加可）□　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考（学科の指定等） |
| 実　　習　　期　　間　　等※実働25時間以上でお願い致します | 20　　年　　 月　 　日（　 　曜）～　 　月 　　日（　 　曜）　　　　　日間20　　年　　 月　 　日（　 　曜）～　　 月 　　日（　 　曜）　　　　　日間 |
| 実　習　　に　つ　い　て | 事業所名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 実習内容 | 主な実習内容：　□業務体験　　□プロジェクト　　□見学・説明　　□その他（概要説明） |
| 実習条件 | 宿泊場所： □有（□寮、□その他　　　 　　　　　　　 　　　　　　　）／ □無 |
| 旅　　　費： □有（□実費支給、□その他 　　　　　　　　　 　　 ）／ □無 |
| 食　　　事： □有（□実費支給、□その他 　　 　　　　　　　　 ）／ □無 |
| 実習手当： □有（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）／ □無 |
| そ の 他（服装、持参用具等） |  |
| 応募　に　つ　い　て | 申込期限 | 20　　年　 　　月　 　　日（　　　曜日）　 |
| 申込先  | 〒 |
| 担当部・課名 |  | 担当者名 |  |
| 連絡先 | TEL番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 提出書類 |  |
| その他注意事項など |  |
| 【＊追記】実習期間中の事故等については、国立高等専門学校機構が主体となって加入している損害保険プログラム及び独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付制度で補償することにしています。 |